

A Lokalizacja szpitala lub kliniki: *Wskazać lokalizacje, w których pacjent skorzystał z opieki*

- Henry Ford Hospital HF Kingswood Hospital HF Macomb Hospital
 HF Medical Centers HF West Bloomfield Hospital HF Allegiance Hospital
 HF Wyandotte Hospital lub HF Health Center Brownstown Inne – określić, jakie (_____)

B Informacje dotyczące pacjenta: *Wypełnić część dotyczącą pacjenta korzystającego z opieki*

Imię i nazwisko pacjenta: _____ Data urodzenia: _____
 Numer ubezpieczenia społecznego: _____ MRN: _____ Dokument tożsamości poręczyciela: _____

C Osoba odpowiedzialna (poręczyciel): *Wypełnić część dotyczącą osoby opłacającej rachunek za usługi medyczne*

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej: _____ Rodzaj relacji z pacjentem: _____
(jeśli inne niż w części B)
 Ulica: _____ Nr telefonu: _____
 Miasto: _____ Stan: _____ Kod pocztowy: _____ Kraj: _____
 Pracodawca: _____
 W pełnym wymiarze Nr telefonu
 W niepełnym wymiarze służbowego: _____

D Weryfikacja uprawnień do ubezpieczenia zdrowotnego

<p>1. Czy pacjent wnioskował o Medicare lub Medicaid bądź otrzymał odmowę przyjęcia do takiego programu?</p> <p>1a. Medicare Część A 1b. Medicare Część B 1c. Medicare Część C 1d. Medicaid</p> <p><i>Jeżeli pacjent otrzymał odmowę świadczenia Medicaid – czy została ona wydana w ciągu ostatnich 90 dni?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>4. Czy pracodawca pacjenta lub pracodawca małżonka oferuje grupowe ubezpieczenie zdrowotne?</p> <p>4a. Czy pracodawca zapewnił ubezpieczenie za ostatnie 3–6 miesięcy?</p> <p>Jeśli tak, czy dostępne jest ubezpieczenie COBRA?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>
<p>2. Czy pacjent ubiega się o pomoc finansową za usługi związane z poniższymi sytuacjami?</p> <p>2a. Wypadek z udziałem pojazdu (MVA) 2b. Bycie ofiarą przestępstwa 2c. Odszkodowanie pracownicze 2d. Inne obrażenia (np. poślizgnięcie i upadek)</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>	<p>5. Czy pacjent posiada inne ubezpieczenie zdrowotne?</p> <p>Jeśli tak – podać informacje dotyczące ubezpieczenia:</p> <p>6. Czy pacjent ma prawo stałego pobytu i mieszka w obszarze podlegającym Henry Ford Health System Service?</p>	<p><input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak</p>

E Dochód członków gospodarstwa domowego oraz osób zatrudnionych w gospodarstwie domowym

Ile osób liczy gospodarstwo domowe pacjenta? _____

Proszę wymienić członków gospodarstwa domowego zapewniających dochód (w razie konieczności dołączyć dodatkowe arkusze):

Imię i nazwisko członka gospodarstwa domowego	Relacja z wnioskodawcą	Miesięczny dochód brutto (przed potrąceniem)
		\$
		\$
		\$
Łączny miesięczny dochód brutto		\$

F Inny dochód gospodarstwa domowego (poza zatrudnieniem)

Inne źródła dochodu	Miesięczna kwota
Alimenty	\$
Opieka zastępcza, członek zarządu społeczności miejskiej, dochód kościelny itd.	\$
Emerytura, zasiłek społeczny, zasiłek dla niepełnosprawnych	\$
Wynajem własności	\$
Renta, odsetki, odprawa	\$
Odszkodowanie pracownicze lub z tytułu bezrobocia	\$
Inne (określić, jakie)	\$
Łącznie inne źródła dochodów	\$

G Zasoby gospodarstwa domowego

Rodzaj zasobów	Łącznie
Gotówka	\$
Konta oszczędnościowe	\$
Konta czekowe	\$
Akcje	\$
Obligacje	\$
Obligacje oszczędnościowe	\$
Świadectwa depozytowe	\$
Rachunki środków lokowanych na rynku pieniężnym	\$
Fundusze wzajemne	\$
Fundusze powiernicze	\$
Zasoby łącznie	\$

H

Miesięczne wydatki gospodarstwa domowego

Rodzaj wydatków	Miesięczna kwota
Czynsz	\$
Kredyt hipoteczny	\$
Alimenty	\$
Zakupy spożywcze	\$
Opłaty za pojazd	\$
Rachunki ogólne	\$
Łącznie miesięczne wydatki gospodarstwa domowego:	\$

I

Upoważnienie

Wyrażam zgodę na ujawnienie Henry Ford Health System (HFHS) informacji zawartych w niniejszym wniosku o określenie mojego statusu uprawnienia do pomocy finansowej zgodnie z politykami i procedurami HFHS. Upoważniam HFHS do zweryfikowania tych informacji w razie konieczności, co może obejmować między innymi uzyskanie raportu od agencji kredytowych, weryfikację statusu zatrudnienia i/lub dochodu, a także uzyskanie stosownych dokumentów pomocniczych. Wszelkie informacje i dokumentacja dotycząca dochodu podane przeze mnie w tym wniosku są prawdziwe, dokładne i kompletne w sposób przedstawiony. W przypadku określenia w dowolnym momencie, że podane przeze mnie informacje są fałszywe lub niedokładne, wszelka pomoc finansowa zostanie zastrzeżona. Przyjmuję odpowiedzialność za całkowitą i natychmiastową płatność wszelkich zaległych należności. Wyrażam również zgodę na przyjęcie odpowiedzialności za płatność wszelkich kwot należnych po uzyskaniu rabatów w ramach pomocy finansowej.

Imię i nazwisko
drukowanymi literami: _____

Rodzaj relacji
z pacjentem: _____

Podpis: _____

Data: _____

Przed odesłaniem wniosku należy sprawdzić, czy wypełniono i dostarczono całą stosowną dokumentację niezbędną do rozpatrzenia wniosku:

<input type="checkbox"/> Wszystkie strony wniosku wypełnione w całości oraz opatrzone podpisem i datą	<input type="checkbox"/> Oświadczenie o wysokości płacy i podatku (formularz W-2) lub o innych dochodach (formularz 1099) z ostatniego roku	<input type="checkbox"/> Paski wynagrodzeń z 2 ostatnich miesięcy danego roku każdego członka gospodarstwa domowego
<input type="checkbox"/> Federalna deklaracja podatkowa za ostatni rok (formularz 1040)	<input type="checkbox"/> Kopia ważnego prawa jazdy lub dowodu osobistego stanu Michigan	<input type="checkbox"/> Aktualne wyciągi z rachunków bankowych (bieżących i oszczędnościowych) z ostatnich dwóch miesięcy
<input type="checkbox"/> Dowody uzyskania innych dochodów (np. z wynajmu)	<input type="checkbox"/> Kopie ubezpieczenia medycznego, jeżeli pacjent jest ubezpieczony	<input type="checkbox"/> Kopia pisma z odmową pomocy z Medicaid – w przypadku składania wniosku i odpowiedzi odmownej

Zwracamy uwagę, że możemy poprosić o złożenie oświadczenia o osobistej potrzebie finansowej w celu dokonania oceny wniosku.